

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO.

VALENCIA.

PROF. GOMAR SANCHO

Anestesia Epidural en la Espondiloartritis Anquilosante.

J. M. MÍNGUEZ,; M. TINTÓ; A. PATIÑO; C. I. FERNÁNDEZ

RESUMEN

Se presentan dos pacientes afectos de Espondiloartritis Anquilosante sometidos a intervenciones de Artroplastia Total de cadera bilateral utilizando la técnica anestésica epidural.

Esta técnica, que ha demostrado su utilidad en el campo de la cirugía ortopédica, demuestra ser la indicada también en la enfermedad de Bechterew.

Descriptores: Anestesia epidural en la Espondiloartritis anquilosante. Anestesia epidural en cirugía ortopédica. Enfermedad de Bechterew.

SUMMARY

The authors present two cases of anquilosating spondyloarthritis subjected to total bilateral hip arthroplasty involving the epidural anesthetic technique.

This method, shown to be of use in orthopedic surgery, was also found to be applicable in Bechterew's disease.

Key words: Epidural anesthesia in anquilosating spondyloarthritis. Epidural anesthesia in orthopedic surgery. Bechterew's disease.

La Espondiloartritis Anquilosante es un reumatismo inflamatorio crónico de evolución y gravedad muy variable. Se caracteriza por producir una entesopatía inflamatoria y osificante, una sinovitis, y con frecuencia deformación y anquilosis osteoarticular. Se localiza en el esqueleto axial -pelvis, columna vertebral y tórax, siendo las sacroilíacas su localización más constante-. Afecta también a las articulaciones periféricas, en el especial a las de las extremidades inferiores. Eventualmente se acompaña de afectación visceral, iritis, insuficiencia aórtica y fibrosis o cavitación de los lóbulos pulmonares superiores. En su etiología existe un factor genético importante; suele darse en individuos que presentan HLA-B 27 positivo (ROTES QUEROL, J., 1.983) (1).

Fue descrita inicialmente por Von BECHTEREW en 1.893 (2) y suele afectar a individuos jóvenes, produciendo una rigidez progresiva del raquis, con tendencia a la cifosis y con un alto grado de incapacidad.

La mayoría de las veces debuta como una sacroileítis uni ó bilateral, que puede ser el único hallazgo clínico y radiográfico durante algún tiempo, hasta que la enfermedad evoluciona con afectación de raquis e incluso de otras articulaciones.

El problema se plantea en aquellos enfermos que presentan un estadio avanzado de la enfermedad y que precisan ser sometidos a intervención quirúrgica -ya sea para realizar correcciones del raquis o para artroplastias de sustitución de las caderas-, ya que técnicamente puede ser difícil o incluso peligroso la intu-

bación endotraqueal para la realización de una anestesia general, por el riesgo de producir fracturas cervicales y daño medular subsiguiente.

Por eso nosotros hemos optado por la utilización de la anestesia Epidural para las intervenciones de prótesis de cadera, previo estudio radiológico y con TAC del raquis lumbar.

Casos Clínicos

Se presentan 2 casos de pacientes afectos de Enfermedad de Bechterew que fueron sometidos a intervenciones de Artroplastia total de cadera derecha bilateral debido a la afectación de esta articulación por su enfermedad. La anestesia utilizada fue la Epidural.

Caso N° 1: P. M. G. varón de 57 años. Diagnosticado de Espondiloartritis Anquilosante 30 años antes y tratado con Indometacina. Consulta por dolor en ambas caderas y dificultad a la deambulación. La cadera izquierda se encontraba fija en 20° de flexión. La cadera presentaba una flexión de 35°, abducción de 5°, y abducción de 5° rotaciones abolidas. Raquis rígido en actitud cifótica.

El 19-6-84 se practica artroplastia total tipo Chamley de cadera izquierda vía posterolateral y con osteotomía de trocánter.

El 7-3-85 se interviene la cadera derecha, colocando una prótesis tipo Chamley vía posterolateral; también precisó osteotomía de trocánter.

La evolución fue satisfactoria, con recuperación progresiva de la movilidad de ambas caderas.

Caso N° 2: J. Z. P. varón de 33 años. Diagnosticado de Espondiloartritis Anquilosante 2 años antes. Consulta por dolor en ambas caderas con dificultad para la marcha e imposibilidad para sentarse. Ambas caderas fijadas en 30° de flexión y sin otra movilidad. Raquis rígido en su totalidad.

El 21-1-88 se practica Artroplastia total de cadera izquierda tipo Modular sin cementar con cabeza de cerámica y acetábulo con poropros; abordaje posterolateral.

El 3-3-88 Artroplastia en cadera derecha de las mismas características y también vía posterolateral.

La evolución es satisfactoria y con movilidad aceptable.

Anestesia Epidural: En las 4 intervenciones se practicó una anestesia Epidural, tras la realización de un TAC para comprobar la no afectación de los ligamentos

Amarillo, Supraespinal e Intraespinal. El nivel de punción fue L₂- L₃ o L₃- L₄. Los fármacos empleados como anestésicos locales la lidocaína CO₂ y la Bupivacaína al 0,5%. La dosis empleadas fueron 17-20 ml. de Lidocaína CO₂ y a los 45 minutos de intervención 10 ml. de Bupivacaína al 0,5%. Desde momentos antes de la anestesia hasta finalizada la intervención se perfundieron 2000 cc. de Ringer Lactato, así como 500 ml. de sangre para mantener un buen estado hemodinámico. La monitorización de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca no mostró alteraciones significativas.

Discusión

Hemos presentado 2 casos de Espondiloartritis anquilosante que fueron intervenidos quirúrgicamente mediante anestesia epidural.

Este tipo de anestesia hay que tenerlo presente en estos pacientes con lesiones muy evolucionadas de raquis cervical, lo que dificulta la entubación endotraqueal. Que duda cabe que a aquellos pacientes a los que se les va a realizar una ostestomía raquídea se les deberá de intubar, utilizando entonces tubos endotraqueales de fibra óptica ó algunos métodos complicados como el descrito por MUNSON y CULLEN (1.965) (3), que consiste en la introducción de un catéter endotraqueal por la nariz y de un gancho de alambre por la boca que sirve de guía para situar el catéter en el orificio de entrada de la laringe. Pero para intervenciones sobre las caderas la utilización de la anestesia epidural es un procedimiento sencillo y seguro y sin los inconvenientes de la intubación. Además, estos pacientes tienen una marcada labilidad a la utilización de los depresores del sistema respiratorio, que agravarán su ya disminuída ventilación pulmonar (EISELE, 1.984) (4).

Cuando se decide utilizar la anestesia epidural es importante comprobar mediante TAC que el ligamento amarillo no está calcificado, aunque esta estructura se afecta muy pocas veces y sólo en estadios muy avanzados (BROCHER, 1.979). En los dos casos presentados no existía calcificación ni del ligamento amarillo ni de los ligamentos supra o intraes-

pinosos.

La utilización de esta técnica en la Espondiloartritis Anquilosante ha sido mencionada por algunos autores. GIBBS y KIM (1.983) (6) la comentan, no obstante reconocen las dificultades técnicas con las que nos podemos encontrar debido a la limitación de la movilidad articular y al cierre de los espacios interespinosos. Además, las disminuciones súbitas o mantenidas de las resistencias vasculares periféricas son mal toleradas cuando existe una insuficiencia aórtica.

Según GARLAND (1.983) (7) la anestesia epidural se hace casi imposible y por ello ellos utilizan los abordajes paramediano o lateral.

De BOARD y cols. (1.981) (8) utilizan la anestesia caudal en aquellos pacientes en los que la anestesia epidural sea técnicamente difícil.

A pesar de las dificultades que nos podemos encontrar en el trayecto desde la piel al espacio epidural, nunca van a ser mayores que las que se pueden presentar con una intubación endotraqueal y la magnitud de los peligros que conlleva la anestesia general. Creemos que ante una Espondilitis Anquilosante en un paciente que va ser sometido a una Artroplastia total de cadera la indicación anestésica es sin lugar a dudas la anestesia epidural.

BIBLIOGRAFÍA.

1. ROTÉS, J.: Espondiloartritis anquilosante, En Rotés Querol, J. Reumatología clínica. Tomo I. Ed. Espaxs. Barcelona. 1.983-38-156.
2. BECHTEREW, W. L. V.: Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkranungsform. Neurol. Zbl. 1.893. 12: 426-434.
3. MUNSON, E. S.; CULLEN, S. C.; Endotracheal intubation in a patient with ankylosing spondylitis of the cervical spine. Anesthesiology. 1.965. 26: 365.
4. EISELE, J. H.: Enfermedades del tejido conjuntivo. En Katz, J.; Benumof, J.; Kadis, L. B.; Anestesia en enfermedades poco frecuentes. Ed. Salvat. Barcelona. 1.984. 536-559.
5. BROCHER, J. E. W.: Espondiloartritis Anquilopoyética. En Brocher, J. E. W. Atlas de enfermedades de la columna vertebral. Diagnostico diferencial. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1.979. 127-183.
6. GIBBS, P. S.; KIM, K. C.: Ankilosing spondylitis. En Stoelting, R. K.; Dierdorf, S. F.; Anesthesia and co-existing disease. Churchill Livingstone Inc. New York. 1.983. 592-595.
7. GARLAND, T. A.: Ankylosing spondylitis. En Bready, L. L.; Brian, R.; Decision Making in anesthesiology. B. C. Decker Inc. 1.983. Philadelphia. 260-261.
8. DE BOARD, J. W.; JAWAHAR, N.; GHIA, W. B.: Caudal anesthesia in a patient with ankylosing spodylitis for hip surgery. Anesthesiology. 1.981. 54: 164-166.

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
HOSPITAL COMARCAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE LA SALUD (S. A. S.) DE HUELVA
"INFANTA ELENA"

Quiste Oseo Yuxtarticular (Ganglion Intraoseo)

G. DOMEQ FDEZ. DE BOBADILLA; A. ORTIZ ALCELAY; P. GALLINATO PEREZ;
J. GOMEZ VAZQUEZ

RESUMEN:

Los autores presentan un caso de quiste óseo yuxta-articular (ganglión intraóseo). Lesión pseudotumoral ósea de rara presentación. Ocurre típicamente en varones de mediana edad y se localiza en la zona epifisaria principalmente. Su patogenia es desconocida. Radiológicamente se define como una lesión osteolítica nítida, de bordes escleróticos, próxima a la articulación sin afectarla y su tratamiento consiste en curetaje y relleno de la cavidad.

Descriptor: Quiste óseo yuxta-articular, ganglión intraóseo.

SUMMARY:

The authors present a case of yuxta-articular cyst (intraosseal ganglion), a rare pseudotumoral bone lesion. The condition occurs predominantly in males of middle age, the lesion being mainly located in the epiphysis. Pathogeny is unknown. Radiologically, the cysts appears as a clearly defined osteolytic lesion with sclerotic margins, close to the joint but without affecting it. Treatment consists of the curetage and filling-in of the cavity.

Key words: Yuxta-articular bone cyst. Intraosseal ganglion.

Introducción

El quiste óseo yuxta-articular (ganglión intraóseo) se define según la clasificación de la O. M. S. de Tumores Oseos Primitivos y Lesiones Pseudotumorales como un quiste benigno, a veces multiloculado, de tejido fibroso con grandes cambios mucoides, localizado en el hueso subcondral próximo a la articulación. Radiológicamente aparece como una lesión osteolítica bien definida rodeada de una zona esclerosis. (1).

Está considerado como una lesión pseudotumoral junto al quiste óseo solitario, quiste óseo aneurismático, quiste epidermoide intraóseo, defecto fibroso metafisario, granuloma

ma eosinófilo, displasia fibrosa, miositis osificante y el tumor pardo del hiperparatiroidismo.

El quiste óseo yuxta-articular en una lesión osteolítica rara, reconociéndose unos 200 casos en la literatura (1) (2) (3) (4) (5) (6), de los cuales sólo dos casos están en Lengua Castellana (2), de aquí nuestro interés de aportar un nuevo caso.

Observación Clínica

Varón de 28 años remitido a nuestras consultas externas en Agosto de 1.986 con una historia de un año de dolor a nivel de la cara interna de tobillo derecho que lo achaca a un esguince que sufrió entonces.

A la exploración se aprecia un dolor bastante acusa-

do a la palpación de malcolo tibial y ligamento deltoideo sin otra sintomatología.

En el estudio radiográfico se aprecia una imagen osteolítica ovalada, excéntrica, delimitada por una zona esclerosa, bicameral, en epífisis distal de tibia derecha. (FIG. 1).

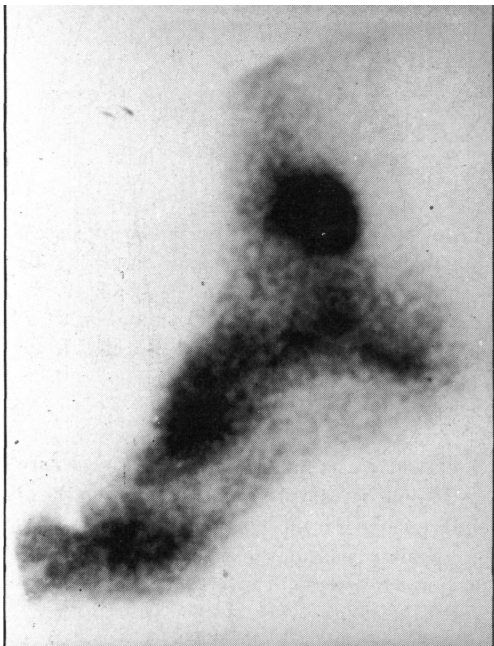


Figura 1: Imagen radiológica del ganglión intraóseo.

Realizando el protocolo de tumores óseos no se aprecia anomalías analíticas ni otra patología en el mapa óseo practicado. En la gammagrafía ósea con Tc99m pirofosfato (20 mCi) se aprecia una intensa captación en la región afecta. (FIG. 2).

Se procedió al abordaje quirúrgico de la lesión con evacuación de la cavidad rellena de un material gelatinoso de color blanquecino y legrado e injerto de esponjosa posteriormente. Se inmovilizó en una férula genu-pédica durante 10 días y no se autorizó la carga hasta el mes, con lo que desapareció toda sintomatología.

El material extraído fue remitido al Servicio de Anatomía- Patológica que practicó el correspondiente estudio histológico, apreciando una neoformación ósea reactiva junto a tejido conectivo con degeneración basófila y mixoide. Estas alteraciones son compatibles con el diagnóstico de ganglión intraóseo. (FIG. 3).

Hasta la fecha, aunque ha transcurrido relativamente poco tiempo, no tenemos evidencia clínica ni radiológica de recidiva. (FIG. 4).

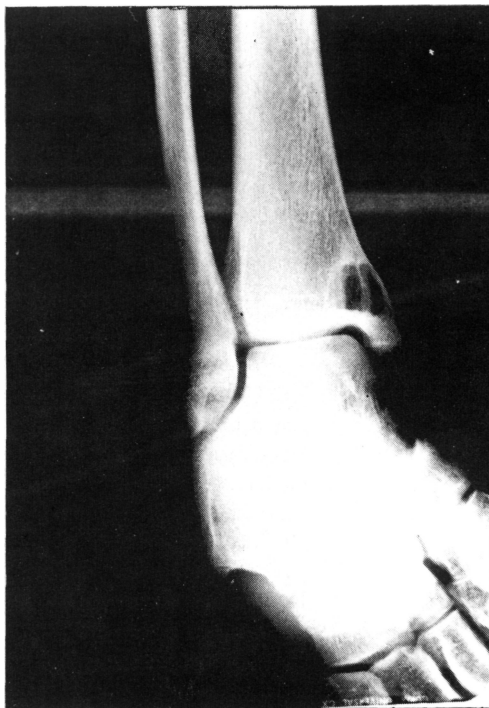


Figura 2: Gammagrafía del tumor delimitándose la zona de hipercaptación.

Discusión

La denominación de ganglión intraóseo fue dada por primera vez por CRABBE en 1.966 (7) habiéndose publicado anterior y posteriormente casos con una variedad de denominaciones hasta que se unificaron en 1.972 en quiste óseo yuxta-articular (ganglión intraóseo). (1).

Parece ser que existen dos tipos fundamentalmente de gangliones intraóseos: uno originado por penetración de un ganglión extraóseo en el hueso subyacente, y el otro, el considerado por SCHAJOWICZ (1) como "idiopático", que sería nuestro caso, localizado intraóseo primariamente en la región yuxtarticulada, sin comunicación con la articulación.

Su incidencia propiamente dicha es desconocida y aún siendo raros, no lo son tanto como parecen al revisar la literatura. Se suele dar en

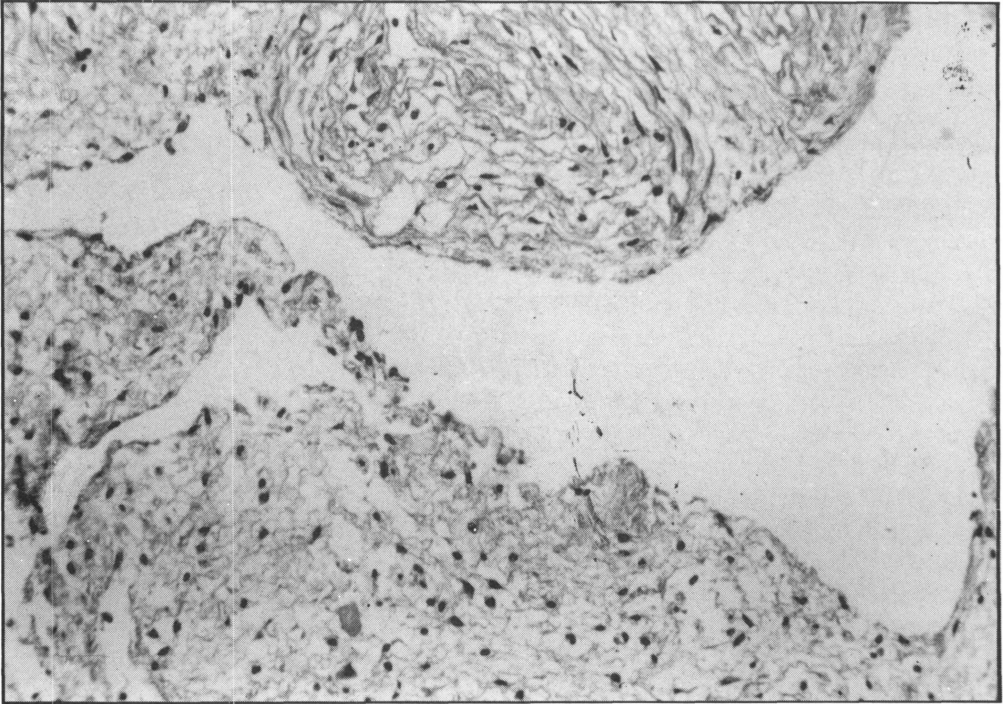


Figura 3 (arriba): Espacio quístico, sin revestimiento sinovial y tejido laxo mixoide.

Figura 4 (izquierda): Resultado postoperatorio tras curetaje y autoinjerto óseo.



varones adultos o de mediana edad, aunque no están exentas ninguna edad ni sexo (1) (8) (9). Nuestro caso coincide con lo más frecuente.

La clínica suele ser anodina, incluso asintomática durante años.

Puede haber hinchazón de las partes blandas en el caso de gangliones originados por penetración. Muchos son hallados casualmente en estudios radiográficos. El síntoma más importante, presente en el 60% de la serie de SCHAJOWICZ (1) fue el dolor y su duración es variable.

La localización más frecuente es la zona yuxtarticular del tobillo (maleolotibial), acetábulo, carpo, mesetas tibiales, cabeza femoral, aunque se ha descrito en localizaciones muy diversas. (1).

Las pruebas complementarias mas usadas

para el diagnóstico son la radiología, la gammagrafía ósea (10) y la tomografía computarizada. (4).

La descripción radiológica es una lesión osteolítica oval bien definida, rodeada por una delgada banda de hueso esclerótico, siendo los pequeños unicamerales y los mayores frecuentemente bicamerales. Rara vez expanden la cortical. (1).

Tendremos que hacer diagnóstico diferencial con las lesiones quísticas periarticulares como el encondroma, condrosblastoma (se da en la primera década principalmente), y el fibroma condromixóide que suelen tener todos pequeñas calcificaciones en su interior (patrón condroide) no descritas en el ganglión, además el último se localiza preferentemente en la zona metafisaria. También habrá que tener en cuenta en la zona metafisaria al quiste óseo esencial y el fibroma.

El adelgazamiento de la cortical y su insuflación nos recuerda al tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, fibroma condromixóide y la displasia fibrosa.

También tendremos en cuenta los cambios periarticulares que se ven frecuentemente en el quiste osteoartrítico, quiste sinovial y el quiste de la artritis reumatoide. (1) (11). Normalmente comunican con la articulación. Anatomopatológicamente se describen como una lesión quística revestida de una pared fibrótica y con un contenido fluido y gelatinoso. Histológicamente se suele apreciar una membrana de tejido conectivo con focos de transformación mixóide y neoformación ósea reactiva esclerosada alrededor. (2).

El tratamiento es quirúrgico, con curetaje del quiste y relleno de injerto óseo si la cavidad es grande. La incidencia de recidiva es mínima, aunque han habido casos especialmente difíciles con varias recidivas. (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHAJOWICZ, F.; CLAVEL, M.; SLULLITEL, J. A.; Yuxta-articular bone cysts (Intra-osseous ganglia). A clinicopathological study of eighty-eight cases. *J. Bone Joint Surg.* 1979. 61B (1): 107-116.
2. ALVAREZ, M.; PINO, J.; ARTECHE, J.; MADERO, E.; BLANCO, A.; Ganglion intraoseo. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev. S. And. Tram. y Ortop.* 1985. 5 (1): 53-58.
3. MACPHERSON, M.; FISHER, B. K.; HASTINGS, D.; Ganglion of the ankle. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1985. 13 (5pt2): 873-877.
4. NEWLAND, Z.; MOORE, R. M.; Intraosseous ganglia of the ankle. *J. Foot Surg.* 1986. 25 (3): 241-246.
5. SHIMIZU, K.; AWAYA, G.; MATSUDA, F.; MIYAMOTO, T.; WAKITA, S.; Intraosseous ganglion of the carpal scaphoid. A case report. *Nippon Geka Holkan.* 1984. 53 (2): 457-460.
6. VAL, J.; BERNAL F.; GAUJO, M. F.; Ganglion Intraoseo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Pathology* 1982. 15: 47-52.
7. CRABBE, W. A.; Intraosseous ganglion of bone. *Brit. J. Surg.* 1966. 53: 15-19.
8. WILLEWS, D.; MULIER, J. C.; MARTENS, M.; VERHELTS, M.; Ganglion cysts of bone. Report of two cases and review of the literature. *Acta Orthop. Scand.* 1973. 44: 655-662.
9. NEZELOF, C.; LAURENT, M.; Inclusions capsulo-synoviales intraosseous. *Rev. Chir. Orthop.* 1966. 52: 225-240.
10. MAKHHA, M. J.; LOPANO, A. J. Intraosseous ganglion. Bone Imagins With Tc99m M. D. P. Clin. Nucl. Med. 1983. 8 (2): 54-55.
11. MAINZER, F.; MINAGI, H. Intraosseous ganglions. A solitary subcondral lesion of bone. *Radiology* 1970. 94: 387-389.